

Daniel Eschle, Edy Riesen

Place des céphalées en urgence

ELPS La reconnaissance d'étiologies dangereuses en présence de céphalées aiguës reste un défi pour le médecin généraliste. Dans le cadre temporel étroit de la consultation, il faut poser les quelques questions importantes et justes et réaliser des examens ciblés.

Questions issues de la pratique en cabinet médical

Cher Monsieur, cher collègue,

Voici tout d'abord un cas: un homme en bonne santé de 55 ans que j'appellerai M. R vient à la consultation et se plaint de céphalées frontales moyennement fortes. Le patient et son médecin de famille, qui le connaît depuis longtemps, se souviennent naturellement que, présentant des céphalées extrêmement violentes, il avait dû être opéré en 1992 en urgence d'un abcès du cerveau.

Est-ce encore la même chose? Nous avons conjointement décidé d'attendre provisoirement. Le lendemain, il me dit que l'ibuprofène que je lui avais prescrit ne l'avait soulagé que moyennement. Je demande un dosage de la CRP et l'exhorte à rester en contact avec moi. En raison de la consultation trépidante, je vois à sept heures du soir que la CRP est à 132. Je tente alors immédiatement de joindre le patient par téléphone. A ce moment-là, il est déjà dans l'ambulance, comme j'ai pu le savoir ultérieurement. Il avait eu une grave crise de grand mal! Diagnostic: abcès du cerveau vraisemblablement sans relation avec l'événement de 1992. Un traitement conservateur a été tenté, mais finalement il est devenu évident qu'une intervention chirurgicale était nécessaire. Par chance, M. R a complètement guéri.

L'an dernier, j'ai vu de façon répétée des patients présentant la même symptomatologie. Chez tous ces patients, l'évolution a été sans danger. Comment puis-je différencier l'urgence? Quelle question le généraliste doit-il poser au patient? Quels examens peuvent être réalisés au cabinet? Y a-t-il des examens de laboratoire pertinents? Vous pouvez peut-être nous recommander un algorithme, n'est-ce pas?

Réponses du neurologue

Cher Monsieur, cher collègue,

Le cas que vous nous avez décrit est réellement un «cas-tête» étant donné qu'il s'agit d'une présentation inhabituelle d'un tableau clinique très rare. Parmi les processus expansifs, l'abcès du cerveau occupe, en termes de fréquence, une place largement derrière celle des tumeurs cérébrales et des métastases cérébrales. Le fait qu'un patient présente deux fois un abcès cérébral est aussi fréquent que d'être touché deux fois par la foudre. Pour un processus isolé, il n'est également absolument pas typique que la CRP soit augmentée à ce point.

Devant un état général bien conservé, je ne demanderai pas, moi non plus, une imagerie médicale en urgence (mais seulement sous trois jours). Le taux élevé de CRP m'aurait incité en première intention à évoquer une artérite temporale/crânienne. Il faut savoir que l'administration de corticoïdes dans une artérite temporale peut être très efficace mais que l'administration de prednisone peut être tout autant nocive chez ce type de patient.

Tableau 1

Signes d'avertissement pour des céphalées ayant un caractère «dangereux».

Fièvre
Signes méningés
Œdème papillaire
Début aigu
Anticoagulation
Anamnèse tumorale
Déficit cognitif
Immunodépression
Anamnèse courte (<1 mois)
Déficit focal neurologique
Sémiologie complète différente de la céphalée évoquée jusqu'à présent
Survenue chez des personnes qui n'ont jamais eu de céphalées à ce jour (notamment celles âgées de plus de 50 ans)
Céphalées/hypertension artérielle pendant la grossesse ou en suites de couches

Le temps de travail nécessaire pour les urgences

Il est important d'être familier des syndromes céphalalgiques les plus fréquents; en effet, les céphalées vues en urgence tout comme au cours des consultations régulières sont courantes.

Même pressé par le temps, il est possible de trancher rapidement entre le syndrome évoquant un caractère «dangereux» et celui en faveur d'un caractère «bénin». J'espère que ce tour d'horizon y contribuera. Le tableau 1 offre une grille grossière sur la symptomatologie évoquant une dangerosité; vous trouverez sur ce sujet davantage d'informations sur la page d'accueil de PrimaryCare (www.primary-care.ch).

Que l'on décide de ne pas faire de bilan ou de faire hospitaliser le patient, il faut toutefois beaucoup plus de temps pour expliquer au patient inquiet le tableau clinique (par exemple la migraine) et les possibilités de traitement.

Algorithme du diagnostic différentiel

La consultation du médecin généraliste est le bon endroit pour s'entraîner au problème des céphalées vues en urgence. On apprend à connaître les facettes des différentes formes de céphalées et on peut alors cibler en urgence les bonnes questions à poser ainsi que les décisions à prendre. En ce qui concerne l'anamnèse d'un cas d'urgence, il est indispensable de savoir si le patient a ou non généralement tendance aux céphalées et comment il différencie sa céphalée actuelle des évolutions qu'il a connues jusqu'à présent. S'agit-il d'une nouvelle céphalée? La différence est-elle «simplement» quantitative ou effectivement qualitative? La figure 1 présente un algorithme de diagnostic différentiel des douleurs de la tête et du visage.

Traitement symptomatique

Il faut toujours traiter de façon symptomatique lorsque le temps et le matériel le permettent. Mais un traitement ne doit pas conduire à un ralentissement décisionnel pour ce qui concerne le diagnostic et la conduite à tenir.

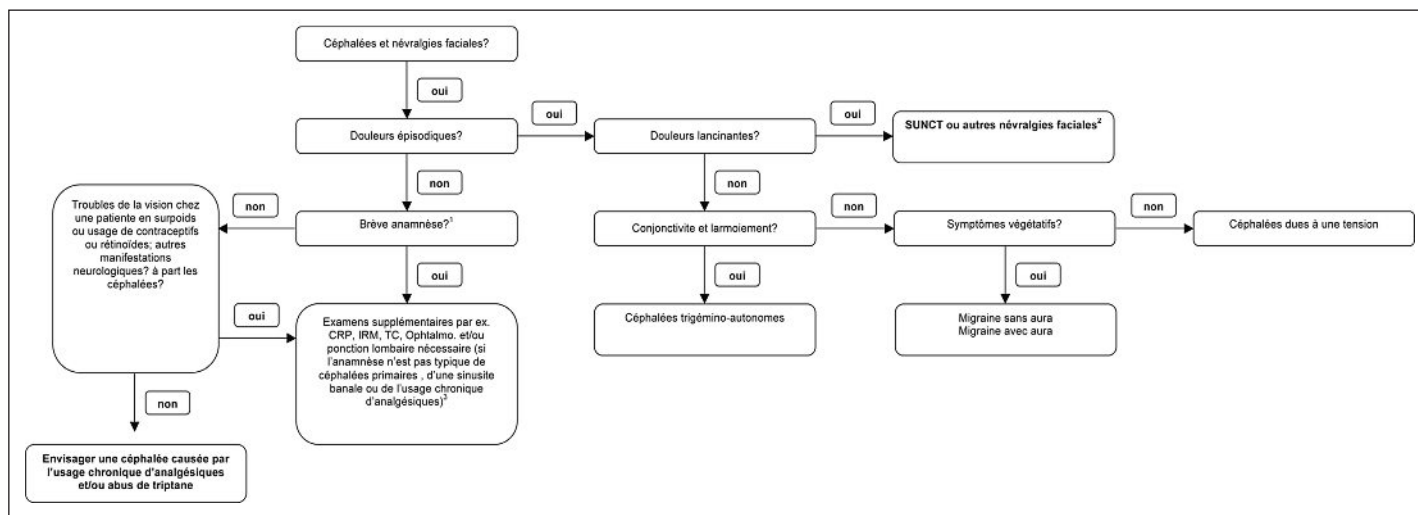


Figure 1

Algorithme de diagnostic différentiel pour les douleurs de la tête et du visage.

- 1) En dehors d'une anamnèse récente (moins d'un mois), il faut prendre en compte les critères supplémentaires cités au tableau 1.
- 2) Les névralgies faciales nécessitent le plus souvent un bilan d'imagerie approprié pour exclure toutes les formes symptomatiques.
- 3) Les tableaux cliniques résultants ainsi que les données de la littérature sont décrits dans le texte principal.

SUNCT = short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing. Attaque de céphalées sous forme de névralgie unilatérale de courte durée accompagnée d'une injection des conjonctives et de larmoiement. CRP = paramètre de l'inflammation. IRM = imagerie par résonance magnétique. CT (TDM) = tomodensitométrie/scan.

Une réponse à un traitement symptomatique n'est pas systématiquement en faveur de certains diagnostics, des céphalées de caractère «dangereux» peuvent aussi répondre à un traitement symptomatique (au moins à court terme). A quelques exceptions près, l'intensité de la douleur ne peut pas, a priori, permettre de déduire automatiquement un diagnostic particulier. Étant donné que tout syndrome douloureux, qu'il s'agisse de douleurs de la tête ou du ventre, est potentiellement une maladie chirurgicale, je plaiderai donc pour éviter autant que possible d'administrer un antiagrégant plaquettaire, comme Aspégic® (sauf s'il s'agit d'une attaque de migraine évidente).

Les étapes importantes des examens

Il ne viendrait à l'idée de personne d'évaluer des douleurs abdominales sans palper l'abdomen. Souvent la même étape du bilan, la palpation de la tête, des muscles de la mâchoire et du cou, n'est pas faite chez le patient présentant une céphalée. Cet examen vous donne toutefois des informations importantes: l'étiologie de la céphalée est-elle réellement dans la tête? S'agit-il d'un durcissement des artères temporales douloureuses à la pression? Et au cours de la même étape d'examen on peut évaluer des douleurs cervicales et au besoin un syndrome méningé. J'élargis la palpation chez les patients céphalalgiques aux points typiques de la fibromyalgie, ce qui me donne des informations en faveur ou non d'un problème psychosomatique.

Place du laboratoire dans les urgences

Peu de paramètres de laboratoire offrent une aide supplémentaire au diagnostic. La créatine est importante pour l'administration d'un produit de contraste en imagerie. Une CRP ou une VS est utile en cas de suspicion d'artérite temporale/crânienne. Quant à la méningite, l'encéphalite ainsi que les abcès cérébraux, leur diagnostic est en règle générale difficile par la mesure des paramètres inflammatoires systémiques, leur spécificité étant insuffisante.

Sensibilité et spécificité de la classification des céphalées vues en urgence

Le dogme affirmant dans le cercle des neurologues qu'une céphalée d'installation hyper aiguë est quasi pathognomonique d'une hémorragie sous-arachnoïdale (HSA) a été remis en question par un travail issu d'un service d'urgence norvégien. L'étude portait sur 433 patients présentant une céphalée décrite comme étant la «première céphalée ou la pire des céphalées déjà subies». Les patients qui avaient déjà a priori des signes cliniques en faveur d'une forme «dangereuse» (par exemple un déficit neurologique focal) ont été exclus de cette étude. Bien qu'un début hyper aigu de céphalée soit un élément sensible en faveur du diagnostic de HSA, cette caractéristique n'était pas spécifique et faisait bizarrement l'objet de plaintes de la part de nombreux patients présentant des formes primaires (bénignes) de céphalées. La conclusion des auteurs sur la base de la mortalité et de la morbidité était de toujours partir de l'hypothèse d'une cause dangereuse devant un tableau de «première céphalée ou la pire des céphalées déjà subies», qui par chance n'est pas toujours dangereuse. L'étude montre rétrospectivement qu'un trop grand nombre de scanners cérébraux et d'hospitalisations a été demandé, mais on ne peut faire autrement. Ceci est le prix à payer pour un rapport équilibré entre la sensibilité et la spécificité.

Correspondance:

Dr Daniel Eschle
 Facharzt FMH für Neurologie
 RehaClinic Zurzach, Quellenstrasse 34
 5330 Bad Zurzach
 d.eschle@rehaclinic.ch



ELPS: electronic long – paper short

Une version détaillée de cette publication ainsi que des informations bibliographiques se trouvent sur le site Internet de PrimaryCare (www.primary-care.ch).